



# AFIRMACIÓN AUTÉNTICADA DE CERO INGRESOS

Yo, \_\_\_\_\_ afirme que no tengo ningunos ingresos en este tiempo. Cuando mis ingresos comienzan, notificaré inmediatamente la Ciudad de Chandler.

La información que he proporcionado es verdadera y completa al mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ADVERTENCIA: LA SECCIÓN 1001 DEL TÍTULO 18 del CÓDIGO Estadounidense es UNA OFENSA CRIMINAL PARA HACER DECLARACIONES FALSAS VOLUNTARIOSAS DE LA FALSIFICACIÓN A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA del Gobierno Estadounidense, EN CUANTO A CUALQUIER MATERIA DENTRO DE SU JURISDICCIÓN, LA FALSIFICACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN ES TIERRAS PARA LA FALTA de Calificación/TERMINACIÓN DE ALOJAR LA AYUDA.**

ESTADO DE ARIZONA

CONDADO de MARICOPA

El instrumento anterior fue reconocido antes de mí este \_\_\_\_\_ día de, \_\_\_\_\_ 2007

Por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Notario

\_\_\_\_\_  
Comisión expira

Mailing Address:  
Mail Stop 101  
PO Box 4008  
Chandler, Arizona 85244-4008

**Housing & Redevelopment Division**  
Telephone (480) 782-3200  
Fax (480) 782-3220

Location:  
265 East Buffalo Street  
Chandler, Arizona 85225

The Arizona Service provides free 24 hour telephone access for the deaf, hard of hearing, deaf-blind, and hearing or speech impaired  
1-800-367-8939 (TTY) • 1-800-842-4681 (Voice)

INGRESOS	GASTOS
Ingresos mensuales ajustados de salarios: \$ _____	Renta mensualmente estimado: \$ _____
Ingresos extra de SS, SSI, AFDC, Pensiones, etc.: \$ _____	Utilidades mensuales estimadas: Electricidad: \$ _____ Gas: \$ _____ Agua/Basura: \$ _____
Ingresos extra de empleo de miembros/tiempo parcial de familia o empleo ocasional: \$ _____	Gastos Adicionales para ser considerados: Pagos de coche: \$ _____ Seguro de automóvil: \$ _____ Seguro médico: \$ _____ Seguro de propiedad: \$ _____ Cuentas Médicas: \$ _____ Gastos de alimento: \$ _____ Gastos educativos: \$ _____ Teléfono: \$ _____ televisión vía cable: \$ _____ Gastos de guardería: \$ _____
Otro:	Otro:
Otro:	Otro:
<b>INGRESOS TOTALES \$</b> _____	<b>GASTOS TOTALES \$</b> _____

**INGRESOS TOTALES: \$** \_\_\_\_\_

**GASTOS TOTALES: \$** \_\_\_\_\_

**BALANCE: \$** \_\_\_\_\_

¿Basado en esta estimación, siente usted que usted será capaz de permitirse a mantener la propiedad, otros gastos diversos y gastos que no son estimados encima? SI  No

\_\_\_\_\_  
Firma (Nombre)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CUESTIONARIO DE INGRESOS

Por favor conteste cada pregunta y vuelva a su especialista del vencimiento puesto en una lista en la carta adjunta. Los Cuestionarios Incompletos no serán aceptados.

Cliente: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

1. De ser empleado durante los 12 meses pasados, llene la información siguiente:  
(Ate la página adicional si es necesario)

a. Empleado: \_\_\_\_\_ Sueldo: \_\_\_\_\_

Período de tiempo empleado: \_\_\_\_\_

b. Razón de salida: \_\_\_\_\_

2. Si a recibido ventajas durante los 12 meses pasados, llenen la información siguiente:

a. Ventajas recibidas de: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **(mira la lista de ejemplos abajo, #4)**

b. El período de ventajas recibida: \_\_\_\_\_

c. Razón que usted ya no recibe ventajas: \_\_\_\_\_

3. Usted archiva federal /declara vueltas de impuesto sobre la renta para el año interior?  Si  No

4. ¿Ha solicitado usted cualquiera de las ventajas siguientes? Si sí, estado los resultados de su aplicación para aquella ventaja

\*A. Estampillas  Si  No

\_\_\_\_\_

\*B. Ayuda General (GA)  Si  No

\_\_\_\_\_

\*C. compensación de paro  Si  No

\_\_\_\_\_

\*D. Seguro Social  Si  No

\_\_\_\_\_

\*E. Ingresos de Seguridad Suplementales (SSI)  Si  No

---

\*F. Pensión alimenticia  Si  No

---

\*G. Sostenimiento de niño  Si  No

---

\*H. Educación y Estipendios/Subvenciones de Beca  Si  No

---

\*I. Otra Ayuda Pública  Si  No

---

\*J. La Compensación de los Trabajadores  Si  No

---

\*K. Pensiones Militares  Si  No

---

L. Otro \_\_\_\_\_  Si  No

---

5. Haga usted recibe el dinero / apoyo de familias o amigos?  Si  No  
Sí Sí, cantidad recibida: \_\_\_\_\_ con que frecuencia: \_\_\_\_\_

6. Esta usted buscando un trabajo?  Si  No

Si no, explique por qué no:

---

7. usted tiene cualquiera de los activos siguientes?

a. Cuenta de ahorros/o cheques:  Si  No Cantidad \_\_\_\_\_

b. Certificado de Depósito:  Si  No Cantidad \_\_\_\_\_

c. Certificado de Depósito:  Si  No Valor \_\_\_\_\_

d. Propiedad:  Si  No Valor \_\_\_\_\_

e. Otro: \_\_\_\_\_

8. cualquier miembro de familia o amigos viven con usted?  Si  No

Sí sí, quien? \_\_\_\_\_

9. Es usted dueño de un coche?  Si  No

Si sí, como paga usted para derechos de matriculación, reparaciones, gas?

\_\_\_\_\_

10. Monta usted el autobús?  Si  No

Si sí, cómo pagan para la tarifa de autobús?

\_\_\_\_\_

11. Tiene usted cualquier préstamo de instalación?  Si  No ¿Si sí, cómo paga usted su cuenta?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ¿Cómo obtiene usted comida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si usted recibe estampillas de comida, como hacen para paga artículos que no son de comida?

\_\_\_\_\_

13. Tené usted un teléfono (es decir, teléfono celular o teléfono en casa)?  Si  No

¿Si sí, cómo paga usted su cuenta mensual?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. ¿Cómo paga usted para sus utilidades (es decir, electricidad, gas, agua, basura/alcantarilla)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. ¿Cómo paga usted televisión vía cable o televisión por satélite?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. ¿Cómo obtiene la asistencia médica?

17. ¿Cómo obtiene usted ropa?

18. Comentarios:

Certifico que la información proporcionada en este cuestionario es verdadera y completa al mejor de mi conocimiento.

**ADVERTENCIA: LA SECCIÓN 1001 DEL TÍTULO 18 del CÓDIGO ESTADOUNIDENSE UNA OFENSA CRIMINAL PARA HACER DECLARACIONES FALSAS VOLUNTARIOSAS DE LA FALSIFICACIÓN A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA del GOBIERNO ESTADOUNIDENSE, EN CUANTO A CUALQUIER MATERIA DENTRO DE SU JURISDICCIÓN, LA FALSIFICACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN ES TIERRAS PARA LA FALTA DE CUALIFICACIÓN / TERMINACIÓN DE ALOJAR LA AYUDA**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Examinado por

\_\_\_\_\_  
Fecha